UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 145

LA TIMIDITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 29 juillet 1936

PAR

Jacques-Paul-Marie PEYRON

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à TOULOUSE (Haute-Garonne), le 16 octobre 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. PERRENS, professeur ..... *Président*

CREYX, professeur ..... *Juges*

PIÉCHAUD, agrégé ..... *Juges*

FONTAN, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 145

LA TIMIDITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 29 juillet 1936

PAR

Jacques-Paul-Marie PEYRON

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à TOULOUSE (Haute-Garonne), le 16 octobre 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. PERRENS, professeur ..... *Président*

CREYX, professeur..... } *Juges*

PIÉCHAUD, agrégé..... } *Juges*

FONTAN, agrégé..... } *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Urologie	DARGET.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE R. PEYRON

Ingénieur du Génie maritime.

A MA FIANCEE

A MON ONCLE

Le Docteur R. PEYRON

Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

A MA MARRAINE

A MON COUSIN

Le Médecin Commandant F. AUDOUY

Médecin des hôpitaux militaires,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en Chef BRUN

Sous-directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Ch. PERRENS

Médecin-chef de la Maison de Santé de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de notre scolarité médicale, nous exprimons notre sentiment de vive gratitude à tous nos Maîtres de la Faculté de Bordeaux.

Nous remercions particulièrement M. le Professeur Perrens, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait le grand honneur de bien vouloir la présider. Nous lui exprimons toute notre reconnaissance pour l'accueil que nous avons trouvé auprès de lui et les conseils qu'il a bien voulu nous donner pour la rédaction de ce travail. Nous nous souviendrons toujours de ses leçons si précieuses et nous restons fier d'avoir été son élève. Qu'il trouve dans cet ouvrage l'expression de notre vive reconnaisssance.

LA TIMIDITÉ

TIMIDITE — PSYCHASTHENIE
CONSTITUTION EMOTIVE

On a donné de nombreuses définitions de la timidité. Elles offrent toujours la même tendance à analyser superficiellement les sentiments éprouvés et à étudier les manifestations extérieures. Si l'on veut définir ce complexe et en faire une entité très différenciée, il convient d'examiner l'état d'esprit sur lequel il se greffe.

Les timides, ou tout au moins ceux qui présentent les symptômes d'une timidité bien affirmée, sont des psychasthéniques. Ils en ont tous les stigmates. On peut les reprendre un à un pour s'en convaincre facilement.

Les psychasthéniques sont caractérisés par un sentiment plus ou moins général, plus ou moins profond et permanent d'incomplétude psychologique. Chez les timides, ce sentiment, s'il n'a pas la même forme, a tout au moins le même fond.

On trouve à la base de la timidité la peur et la honte. Le timide a honte de lui, de ce qu'il fait, de ce qu'il dit. Il hésite à agir, craignant le jugement d'autrui. Il manque de confiance. Son action est accompagnée d'un sentiment d'incomplétude. Ceci est dû à la sensation de difficulté qu'il

éprouve. Il se représente d'avance son insuccès. Il sent qu'il va faire les choses très mal. Il n'est pas sûr de l'exécution de ses actes.

Le timide est un sensible et un délicat. Ces deux qualités marqueront toujours les manifestations de sa conduite extérieure dans ses relations sociales. A un degré avancé, le scrupule se joindra à elles. Il pourra même parfois prendre la forme d'une manie de perfection. L'acte volontaire sera ainsi l'occasion de sentiments anormaux. Le sentiment d'incapacité paraît s'en rapprocher. Le timide n'aura jamais conscience de la plénitude et de l'efficacité de ses efforts. Ils seront toujours accompagnés d'un sentiment de faiblesse et d'impuissance personnelles.

La création est généralement accompagnée d'un sentiment de satisfaction. C'est le résultat de l'action. Chez le timide, tous les gestes seront faits avec mécontentement et à contre-cœur. Il a, dans la réalisation d'une action, une impression de gêne. On peut, ici encore, inculper le scrupule. Toutefois, la volonté est aussi nettement déficiente. Ses éléments constitutifs essentiels, la résolution et la décision, sont très diminués.

Les actes nécessités par le courant banal de l'existence sont toujours normaux. Peut-être parce que l'habitude les a rendus automatiques. Ces sentiments d'incomplétude vont se produire dans certaines conditions bien précises : lorsque le timide devra se manifester en public et attirer de ce fait l'attention. Cette catégorie d'actes est d'ailleurs difficile et désagréable à exécuter pour tout le monde. Elle exige beaucoup d'application d'esprit. Le timide, dévoré par la crainte, sait qu'il ne pourra pas être attentionné. Cette sensation intérieure annihile sa volonté. Ses actes seront une série de petites catastrophes.

Le timide est avant tout un sensitif. Sa timidité n'est qu'une des formes de sa sensibilité générale. Le contact du monde extérieur le trouble profondément. La pudeur de ses sentiments est facilement déconcertée, mais il cache à ses

semblables le désarroi de sa vie affective. Il sent tout ce qu'elle a d'anormal et il a peur du ridicule.

Tous ces sentiments ont un retentissement secondaire sur l'esprit. On retrouve dans les opérations intellectuelles des sentiments d'incomplétude. Ils prennent, ici, une forme très particulière, spéciale à la timidité. Ils paraissent différents de ceux que l'on trouve dans la psychasthénie.

On ne peut, à proprement parler, décrire chez les timides des sentiments de difficulté dans les opérations de l'esprit. Leur travail cérébral est, au contraire, intense. Cependant, leurs pensées ont toujours la même préoccupation. Elles sont toujours ramenées à un même objet : leur personnalité. Elles subissent donc une certaine déformation. Ce qui alimente les réflexions du timide, ce ne sont pas les sensations que le monde extérieur lui donne directement, mais bien plus les impressions internes qui, de ce fait, sont éveillées en lui. Il finira par voir les choses à travers un rêve perpétuel. Son imagination fera flotter son esprit dans l'irréel. Il ne sait prendre dans les faits extérieurs que des subtilités d'une nuance infime. Son esprit leur donne une répercussion intense. « Isolé du monde par son émotion, il reçoit de ce monde infiniment moins d'excitations périphériques que celui qui le parcourt ou le remue. Mais ses excitations, tout atténuées et rares qu'elles soient, lui sont une matière infinie à l'observation et au contrôle. » (1).

Son attention, attirée par tel ou tel point d'une chose quelconque, ne peut en faire l'unité. Il a ainsi le sentiment d'insuffisance de son attention, et même, dans une certaine mesure, celui d'une perception incomplète.

Le monde sera ainsi déformé. Il aura l'aspect que lui prête une imagination débordante. Cette perception bizarre, idéale le plus souvent, sera insuffisante. On peut la rapprocher du sentiment de conception imaginaire.

Ce vague de l'idée, poussé à un certain degré, déconcerte

---

(1) Hartenberg, *loc. cit.*

violemment la raison du timide. Sa faculté de raisonnement restant toujours entière, il en arrive à douter de lui. Il admet, devant tous ces signes, que ses facultés intellectuelles sont au-dessous de la normale. Il en souffre énormément, car le timide est souvent orgueilleux. Chez certains, cet orgueil prend une forme très particulière : c'est une petite consolation pour les déceptions de leur vie. Sa nature est purement spéculative; elle n'est basée que sur des possibilités. Entre les crises, le timide se dit : « Je suis au-dessus de tout cela. Je suis surtout un incompris. Si je le voulais, je pourrais réaliser des choses étonnantes. » Il sait parfaitement qu'il n'aura pas la volonté suffisante pour agir, mais, par un phénomène curieux, cette évidence n'apparaît pas, à ce moment, à ses yeux.

Le timide est toujours concentré dans l'attente des réactions inévitables que lui procurent certaines émotions. Il est bloqué dans sa vie intérieure, il est obnubilé par elle. C'est ainsi qu'il arrive à douter de certains sentiments qui sont la base de la moralité : religion, honneur, patrie, ou tout au moins à présenter de l'indifférence envers eux.

Chez les psychasthéniques, tous les actes de la vie ne sont pas perçus d'une façon normale. Il leur manque la sensation qui leur est propre et la joie qui leur succède. Chez les timides, ce sentiment d'incomplétude n'est que partiel. Il n'intéresse que les actes qui procurent de l'émotion.

Les timides éprouvent presque continuellement une inquiétude intellectuelle. Elle est très voisine de la peur. Ce n'est pourtant pas une peur véritable. C'est un sentiment beaucoup plus vague et beaucoup plus imprécis. Ils sentent inconsciemment qu'il faut faire quelque chose pour sortir de leur état. Ils ne savent pas quoi. C'est ce sentiment qui leur donne de l'inquiétude. Il est pénible, car l'inquiétude contient une souffrance. Il n'intéresse que l'esprit, car il accompagne la décision en même temps que le sentiment que l'attention ne pourra être fixée, que la perception ne sera pas précise, que le monde aura un aspect étrange et

irréel. A un degré plus avancé, il pourra engendrer des idées fixes.

Le développement extrême de la vie intérieure du timide aura un effet très particulier. Il développera un sentiment qui surprend : celui d'incomplétude dans la perception personnelle. Le timide passe son temps à s'analyser. Dans cette opération, son raisonnement sera vite faussé. Isolé dans sa tour d'ivoire, il percevra du monde non pas les sensations directement reçues, mais les impressions de ces sensations. Il aime à analyser ces nuances affectives qui n'ont, le plus souvent, que peu de rapport avec la réalité. Il ne connaîtra le monde que par son rêve. Il tendra bientôt à installer sa personnalité dans ce rêve, sans perdre pied cependant avec le monde réel. Sa personnalité se dédoublera. Il y aura, comme le dit Dugas, le moi individuel et le moi social. Le timide mènera une vie en apparence normale, il agira comme les autres hommes. Il gardera dans le fond de son âme ses sentiments personnels. Il ne livrera jamais sa pensée.

La volonté chez les timides présente des troubles que l'on doit rattacher à ceux que l'on trouve chez les psychasthéniques. Cependant, l'émotion joue, ici, un rôle primordial. Cette cause initiale peut être dépassée. Les éléments constitutifs de leur volonté seront alors complètement faussés.

La peur de paraître et d'agir qui les paralyse leur donnera une apparence molle et indolente. Il ne s'agit pourtant pas de paresse. Ce sont des indécis perpétuels, des irrésolus. Ils ne peuvent agir sans avoir délibéré longuement le pour et le contre. L'acte décidé, ils le réalisent de deux façons : ou très lentement, de manière à ne choquer personne, ou, au contraire, très vite. Cette brusquerie est très spéciale au timide, qui accomplit une action avec l'impression de se jeter à l'eau. L'effort physique est souvent disproportionné à l'acte

L'action est accompagnée d'une certaine fatigue morale. Après l'effort, le timide est souvent épuisé. Ce sentiment est

très différent de l'épuisement moral ressenti par le psychasthénique. Il est, chez ce dernier, très accentué et permanent. Le timide aura, après la réalisation de son acte, un certain contentement de soi. Il est dû à la petite victoire qu'il vient de remporter sur lui-même. Souvent même, il permettra, lorsque l'acte se renouvellera, de le réaliser sans aucune appréhension.

On trouve souvent chez les timides une absence de résistance complète. Ils se laissent dominer très facilement. Quelques-uns même ont besoin d'être dominés. Il leur est impossible de lutter. Le psychasthénique ne résiste pas pour avoir la paix, le timide pour ne pas attirer l'attention sur lui. Il obéit souvent à contrecœur. Il se sent humilié, raisonnant très bien l'acte qu'il accomplit et le trouvant parfois stupide.

Tout ce qui est nouveau lui fait peur, et la routine s'installe dans ses actes, qu'il recommence toujours avec ennui et tristesse, mais absolument incapable de faire un effort pour les changer. Il craint d'agir devant les autres hommes. Ce sentiment paralyse sa volonté. Il semble, comme le dit Sautarel, que le sujet essaie vainement de transformer une idée en un acte, que sa volonté ne soit plus suffisante pour actionner son système moteur; les efforts qu'il tente à cet égard n'aboutissent qu'à augmenter son trouble et son angoisse.

La timidité a une influence certaine sur l'intelligence. Cette influence s'établit de diverses façons. Chez un individu ayant une culture primaire, la vie psychique est évidemment très réduite, et la vie intérieure n'a pas la même exaltation que chez un sujet cultivé. Elle est proportionnelle à sa faculté de compréhension.

Les troubles de l'intelligence sont beaucoup moins évidents, ou, tout au moins, beaucoup plus difficiles à constater que les troubles de l'activité volontaire. Dans leur accès, quand l'émotion les envahit, les timides sont incapables de fixer leur attention. Ils montrent, à ces moments, une cer-

taine inintelligence des perceptions. Ils ont des idées fausses sur leur situation et les personnes qui les entourent. Leurs facultés intellectuelles ne sont certes pas supprimées, mais ils éprouvent une difficulté insurmontable à fixer leur attention. Ils ne peuvent effectuer des opérations mentales même très simples, ils ne comprennent pas, n'ont pas de vue d'ensemble. Ils s'embrouillent très vite, dès que l'objet de leur étude est nouveau. Quelquefois, cependant, si le timide arrive à surmonter son émotion, l'attention peut se fixer un peu, ce sera d'une façon très brève et incomplète.

Cette disparition de l'attention pourra se prolonger en dehors des accès. Le timide est distrait de la vie par le rêve qui habite son esprit.

La diminution de l'attention peut aller chez les psychasthéniques, jusqu'à l'éclipse de la pensée. On ne la trouve jamais à ce degré chez les timides. Cependant, souvent, lorsqu'ils sentent venir l'émotion, des faits insignifiants provoquent chez eux de telles associations d'idées qu'ils sentent leurs pensées aller à la dérive sans qu'ils puissent les diriger.

Cette notion d'infirmité intérieure et invisible agit sur eux d'une façon très déprimante. Ils éprouvent un sentiment réel d'infériorité. Ils n'en ressentent peut-être pas une véritable douleur, mais, tout au moins, une grande tristesse. Ils se sentent condamnés à une existence terne. Ils en souffrent énormément. Leurs idées seront le reflet de ce sentiment. Cependant, le timide pourra avoir des moments de franche gaieté si les circonstances le permettent, s'il se trouve dans un milieu qu'il aime et dont il est aimé, s'il est, en un mot, distrait de son émotion intérieure.

*
* *

On rencontre, cependant, certains timides chez lesquels le fond psychasthénique est très discret. Il demande à être recherché avec soin, souvent il paraît inexistant. Les manifestations qu'ils montrent paraissent dues à une constitution émotive pure. Il s'agit d'une réaction émotive spon-

tanée, aveugle, qui survient dans certaines circonstances. Elle se développe surtout au moment de la puberté. Le sujet est, à cette époque, enclin à éprouver des obsessions, certains scrupules, qui paraissent la source originelle de cette forme de timidité. Lorsque l'enfant grandira, ces obsessions, ces scrupules, disparaîtront, mais le fond émotif subsistera. Ces émotions se développeront dans des circonstances nouvelles. Elles n'auront pas de rapport apparent avec les premières manifestations. Ce sont d'autres émotions qui apparaissent à propos d'incidents tout différents. Le sujet montre à reproduire ces phénomènes une aptitude vraiment particulière.

LA TIMIDITE, MALADIE

Etiologie.

Les timides trouvent toujours une cause pour expliquer ce sentiment complexe qui les tient à l'écart d'une vie sociale normale, et qui les empêche d'y tenir le rang que leur intelligence leur permettrait peut-être d'avoir. C'est de là, disent-ils, que vient tout le mal. Il est curieux d'en considérer les formes. Elles semblent varier avec chaque sujet. C'est tantôt une faiblesse ou une tare physique : petite taille, légère difformité du visage, sensation d'infériorité due à une insuffisance musculaire. Tantôt des causes psychiques; dans ce cas, le timide croit avoir une intelligence diminuée, un manque d'esprit, de jugement, de raison, ou bien il est choqué par les accidents de la vie normale, qui troublent sa délicatesse d'âme trop grande et effarouchent sa pudeur native. Enfin, souvent, les causes matérielles entrent en jeu : le timide souffre de sa pauvreté, de son inélégance.

Hartenberg a fait une enquête sur l'étiologie de la timidité. Il a interrogé, dans ce sens, certains malades, qu'il soignait. Il a obtenu les réponses les plus diverses :

« La cause pourrait être attribuée à l'anémie et au manque d'air, le nombre de globules rouges chez moi n'existe pas en suffisance comme chez les autres hommes. »

« J'attribue ma timidité à mon état de faiblesse nerveuse. »

« J'ai été rendue timide par mon nez, qui me semble très grand, et dont on se moquait beaucoup dans mon entourage et parmi mes compagnes. J'ai, en outre, une autre infirmité

physique : c'est un œil artificiel, et cette disgrâce m'a beaucoup fait souffrir. »

« Ma grande myopie, qui m'expose à faire des « gaffes », m'a beaucoup exagéré ma timidité. »

« Je n'attribue ma timidité à aucune cause physique; je l'attribue à une certaine paresse d'esprit, à mon manque de confiance en moi, quelquefois à ma peur du ridicule, presque toujours à l'excitation nerveuse que je ressens à me trouver sous les regards de mes semblables. »

« Toute ma timidité provient de mon éducation détestable. »

Il n'est pas douteux que toutes ces causes n'ont qu'une variabilité apparente. Elles ont toutes la même base : celle du caractère même du timide, la peur du jugement de la société sur son attitude, ses gestes, sa capacité intellectuelle, la crainte que ce jugement ne le sous-estime, car le timide est un orgueilleux.

Nous pensons qu'il est nécessaire de faire entrer dans l'étiologie de la timidité, les notions de terrain et d'hérédité, sur lesquelles viendront se greffer les circonstances extérieures et psychiques. Elles seront le point de départ d'une entité morbide.

Les timides retrouvent, en effet, dans leur ascendance directe, soit partiellement, soit des deux côtés, une tendance à la timidité plus ou moins discrète. Cette transmission héréditaire est manifeste et naturelle. Il est évident que le fond du caractère du père ou de la mère se retrouve toujours chez l'enfant plus ou moins exagéré. C'est dans ce sens qu'on doit comprendre la notion de terrain.

Il faut également envisager la notion de pathologie pure. Elle intervient comme cause adjuvante; elle ne constitue pas le fond essentiel, mais l'exagère seulement. La timidité prendra souvent sa forme la plus aiguë chez les sujets ayant une tare physique congénitale ou accidentelle.

L'enfant naît avec les tendances préformées de son caractère. La timidité vient d'une de ces tendances, elle est donc

congénitale. Elle apparaîtra tôt ou tard ou restera à cet état de tendance, selon que les causes déterminantes apparaîtront tôt ou tard, ou seront neutralisées par une éducation prophylactique.

La cause déterminante, véritable choc nerveux qui fera éclore la timidité, prend donc un intérêt secondaire. Mais dans l'esprit du timide elle aura le premier rang : c'est d'elle seule qu'il se souviendra. Il est curieux de considérer la place importance qu'elle tient dans l'évolution de la maladie. Elle revient toujours, exagérée chaque fois. Elle sera la véritable cause provocatrice de l'accès de timidité; ses formes seront différentes, mais, toujours, elles pourront être ramenées à son apparence initiale. En effet, à cette cause déterminante, viennent bientôt s'ajouter des causes occasionnelles; ce sont les circonstances dans lesquelles le timide a vu se développer son mal. Elles varieront suivant les lieux, les personnes et les différents hasards de la vie. Elles multiplieront indéfiniment l'occasion d'apparaître à l'accès de timidité.

Le timide verra donc cette tendance se développer en lui suivant un rythme implacable. Il lui sera impossible de se défendre contre elle; à peine pourra-t-il l'influencer, car les origines de son mal sont nées avec lui. Elles sont une des parties constituantes de l'organisation innée de sa personnalité.

L'accès de timidité.

L'accès de timidité est déclenché par deux sentiments très différents, qui, l'un et l'autre, auront des manifestations physiques sur l'économie. Il y a, d'une part, la peur d'être mal jugé et, d'autre part, la honte qui en sera la conséquence. Ils s'extérioriseront par des symptômes d'ordre respiratoire, musculaire, circulatoire, qui se combineront pour former la base physique de l'accès de timidité. Ils seront ressentis par l'individu, et cela d'autant plus qu'il possédera parfaitement la connaissance de son moi. C'est ici que se révélera le côté psychique de l'accès de timidité.

On doit donc envisager deux sortes de réactions : les réactions de l'organisme et les réactions de la conscience. On ne peut pas dire que l'une de ces manifestations soit la conséquence de l'autre, car elles semblent combinées très intimement et ont une évolution parallèle. Elles varient cependant avec chaque individu, et l'accès de timidité paraît ainsi avoir une morphologie très variable suivant que tel ou tel symptôme prédomine. C'est pour cela qu'il convient de les étudier séparément, afin de mieux les comprendre, car l'accès de timidité en est à la fois la synthèse et la conséquence.

Hartenberg envisage successivement les symptômes sensitifs : moteurs, vasculaires, viscéraux, sécrétoires et psychiques. Pour les symptômes sensitifs, la sensation prédominante est l'angoisse. Son siège varie : tantôt il est dans le pharynx ou dans la région laryngée, donnant l'impression d'un obstacle à la déglutition; la respiration prend un rythme accéléré et provoque parfois une légère dyspnée; tantôt il est dans la région précordiale. Il s'accompagne d'une sensation d'étouffement, de constriction thoracique, de palpitations.

Le symptôme moteur le plus appréciable est, de toute évidence, le tremblement. Il ressemble au tremblement émotif banal si fréquent, il est fait de petites oscillations brèves, rapides, segmentaires; il affecte de préférence les doigts et les mains. Mais il peut se généraliser et envahir les bras, les jambes, la langue. Il s'accompagne d'une sensation de faiblesse et de raideur musculaire. Cette faiblesse musculaire se manifestera lorsque le timide aura à accomplir des mouvements délicats, car elle est due à une diminution dans l'énergie de la contraction volontaire; elle est exagérée par la rigidité due à un état spasmodique et à une lenteur de la contraction. Les mouvements perdent ainsi leur régularité et leur harmonie, il existe donc un certain degré d'incoordination musculaire et d'ataxie motrice. L'effort ne sera plus adapté au travail.

Les troubles de l'élocution sont particuliers : « Ces troubles relèvent, en réalité, d'une quadruple cause : psychique (confusion mentale), laryngée (spasme des cordes vocales), respiratoire (dyspnée), linguale et labiale. L'influence de la dyspnée est aisée à comprendre : pour que la parole soit courante, il faut, dans le jeu respiratoire, de la souplesse et de l'aisance. Or, chez le timide, la respiration devient laborieuse, saccadée, avec accélération et augmentation des inspirations et suppression des pauses. L'émission de la voix se ressentira de ces modifications, et la parole sera sèche, sans timbre, brève, dure, heurtée, saccadée. Du côté du larynx, il y a spasme des cordes vocales et de la glotte, et, par suite, difficulté de l'émission et élévation du son. La voix s'affaiblit et monte toujours pendant l'émotion, comme le démontre l'exemple bien connu des chanteurs. Enfin, la langue, les lèvres, les joues, participent aux désordres musculaires : tremblement des lèvres, bredouillement, balbutiements, etc.

» Si l'émotion est très intense, il peut arriver que le son ne se produise plus : il y a aphonie et mutisme complets. » (1).

L'émotion provoquée par l'accès, occasionne des troubles beaucoup plus intenses pour les mouvements volontaires que pour ceux qui sont effectués d'une façon automatique, car ici l'habitude entre en jeu.

Parmi les fonctions de la circulation, en premier lieu vient la rougeur, variable dans son intensité et par la place qu'elle tient dans l'accès. Elle peut apparaître, dès le début, ou seulement en marquer la fin. Le phénomène contraire : la pâleur est beaucoup plus rare.

La tension artérielle a été très étudiée dans les états névropathiques : de Fleury croit que des modifications de la tension au-dessus ou au-dessous de la normale jouent un grand rôle. Janet a montré la difficulté que l'on avait à obtenir

(1) Hartenberg, *loc. cit.*

des résultats précis et ne leur accorde pas toute la valeur que certains auteurs leur donnent.

Ribot, avec Wundt et Mosso, présente les troubles vaso-moteurs comme essentiels. Il croit que le relâchement momentané de l'innervation vaso-motrice cause la rougeur du visage et se présente comme une compensation de l'accélération des battements du cœur. Pitres et Régis font jouer un rôle considérable à cette dilatation des vaisseaux cutanés qui accompagne l'éreutophobie. Janet constate simplement que ces phénomènes vaso-moteurs sont très variables, et que chez beaucoup la coloration des téguments reste tout à fait normale.

Les troubles viscéraux sont absolument identiques à ceux que provoque la peur; ils intéressent à la fois le cœur, l'estomac, le foie, la vessie et l'intestin, et occasionnent des nausées, des vomissements, un ictère, de l'incontinence ou de la rétention urinaire, des coliques, de la diarrhée. Hartenberg les attribue à la contraction des fibres lisses de ces organes.

Les troubles de la sécrétion sudorale sont de beaucoup les manifestations les plus communes. Nombreux sont les timides qui, dans leur accès, se voient couverts de sueur. La contraction des fibres lisses ferait exprimer le contenu des glandes sudoripares. La vaso-constriction, qui accompagne parfois l'accès, fera paraître cette sueur glacée.

Les symptômes psychiques seront caractérisés par la diminution de l'activité de leurs centres cérébraux. L'acuité sensorielle peut s'amoindrir. L'individu distinguera mal les objets environnants; ceux-ci lui apparaîtront comme estompés dans une brume. Les sons lui parviendront également beaucoup plus faibles qu'ils ne le sont en réalité. De même, le goût et l'odorat seront très émoussés. L'acuité tactile et musculaire sera elle aussi diminuée. Le sujet accomplira des gestes inconscients; il ne saura dire s'il a froid ou s'il a chaud.

Le timide sera incapable de fixer efficacement son atten-

tion. Il éprouvera une difficulté considérable à concentrer quelques idées sur un point central. Ce fait est bien connu des candidats à un examen qui ne peuvent raisonner logiquement.

La détermination volontaire est profondément altérée. Le timide manque de courage, et avant tout il n'ose pas. Une contrainte intérieure l'empêchera d'accomplir les gestes qu'il désire réaliser cependant. Malgré son vouloir, il s'abstient de tout acte et de toute parole, et lui-même ne comprend pas bien pourquoi. Enfin, si l'accès de timidité s'accentue, la volonté peut être totalement annihilée. Il est rare de trouver réunis ces symptômes chez un seul individu. L'un ou l'autre prédominera, et l'on peut ainsi concevoir combien seront nombreux les types de timides.

Evolution.

L'évolution de la timidité est très différente suivant les individus. C'est sous cette forme particulière qu'elle doit être étudiée. Dans son jeune âge, le timide ne cherche ni à discuter, ni à analyser les divers sentiments qui l'oppressent. Lorsque l'émotion est ressentie, elle l'est avec une conscience confuse. L'enfant cherchera à éviter toutes les occasions qui provoquent chez lui cette gêne inconsciente. C'est dans ce sens seulement que son intelligence agira. Chez l'adolescent, la timidité peut évoluer de deux façons : ou bien elle peut rester à ce stade, en s'exagérant toutefois, et c'est ainsi que des sujets d'une craintivité exceptionnelle acceptent pendant toute leur vie une situation médiocre et effacée, dans une retraite volontaire, plutôt que de se mettre en rapport avec la société. Ou bien, au contraire, chez l'homme surtout, la fonction sociale étant avant tout active, les timides se révolteront contre cette émotion qui leur enlève des forces et les amoindrit dans la lutte pour la vie ou la conquête sexuelle. Ils mettront toute leur énergie à ne plus paraître des émotifs; ils concentreront toute leur

volonté à se présenter comme des hommes calmes et forts. Ceux-là, volontaires et énergiques, arriveront le plus souvent à un résultat; chez certains, ce résultat ne sera qu'une apparence, car derrière elle l'état mental sera toujours le même; chez d'autres, et c'est le plus petit nombre, la guérison sera complète. Les timides qui ne trouvent pas dans leur vie intérieure la consolation que peuvent donner parfois des pensées élevées, les timides qui n'ont aucune culture, laissent facilement l'émotion bloquer leur esprit. Ils ne peuvent ou ne savent réagir. Se défendre leur paraît impossible. Ils tombent ainsi, de défaite en défaite, jusqu'au dernier degré de la misère. En voici un exemple frappant dû à une observation d'Hartenberg :

G..., 34 ans, garçon d'office à Paris.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 63 ans, est vivant, mais il est alcoolique, d'une sénilité précoce. La mère, vivante aussi, est âgée de 58 ans, se porte bien, mais est sujette à des accidents nerveux et à des crises de rougeur. Trois frères sont également atteints de troubles névropathiques plus ou moins accusés.

Antécédents personnels. — Le malade, de 18 à 20 ans, s'est livré aux excès de tabac, à l'alcoolisme, à la masturbation. Il rougit depuis l'âge de 16 ans. A partir de cette époque, la rougeur n'a fait qu'augmenter, jusqu'au degré actuel, où une obsession de la rougeur est nettement constituée.

Cette aptitude à rougir a exercé sur tout le cours de son existence un influence désastreuse. Il y a une dizaine d'années, le malade s'occupa d'abord dans le commerce de vin que tenait son père. Mais, les affaires ayant périclité, il dut se résoudre à se placer comme employé dans une maison étrangère. C'est alors que commença la série de ses tribulations. Devenu gérant dans un grand café, il s'aperçut bientôt que ces fonctions ne lui convenaient guère à cause de sa timidité, de sa faiblesse, de son manque d'autorité pour diriger son personnel. Il se trouvait gêné en présence du moindre de ses subordonnés et n'osait pas lui

adresser les réprimandes et les reproches qu'il méritait. Son patron finit par s'apercevoir de ce manque d'aptitudes et le renvoya.

Il chercha alors à se placer comme garçon dans un grand établissement. Mais les inconvénients de son infirmité augmentèrent encore dans cette nouvelle situation. Lorsqu'un client lui commandait une consommation en le regardant en face, il rougissait, perdait la tête, se tournait pour cacher son visage, et, dans cet état de confusion, oubliait complètement la commande qui lui était faite. Les femmes le troublent plus que les hommes, « surtout les femmes bien habillées ». Si on lui réitère l'ordre, l'émotion augmente encore, ses jambes se mettent à trembler, son corps se couvre de sueur, il devient stupide au point qu'on le croit égaré ou ivre.

Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce qu'il ait perdu successivement toutes ses places. Il est descendu ainsi, de degré en degré, en passant dans des établissements d'importance de moins en moins grande, pour échouer finalement comme laveur de vaisselle dans un sous-sol, où il se trouve du moins à l'abri des regards troublants.

Etat actuel. — Le malade est maigre, anémié, avec une face pâle et anxieuse. Au point de vue mental, il déclare être impressionnable, timide, irrésolu, enclin à des interrogations, à des scrupules. Ses fonctions digestives sont mauvaises, il est sujet à de violentes palpitations cardiaques.

Il déplore l'humilité de sa situation, se révolte contre le ridicule de son infirmité, se désespère de sa ténacité impitoyable.

L'exagération morbide des symptômes de la timidité a une influence certaine sur l'état mental des sujets. C'est ainsi que les sentiments de tristesse que l'on rencontre presque continuellement peuvent aboutir à un véritable état de mélancolie. Ils seront, en effet, engendrés par un sentiment général de dépression, d'affaissement, de manque d'énergie, d'épuisement. Le timide reconnaîtra l'inanité de ses préoc cupations, mais se sent incapable de les éloigner. Il fuira

systématiquement les occasions de paraître en public. Il ne s'intéressera plus à ce qui l'entoure. Le grand caractère d'un tel état est que le malade a perdu à peu près complètement le pouvoir de critiquer ses obsessions, de leur résister; il s'abandonne à la tristesse qui l'envahit. Dans la dépression mélancolique commune, ce sentiment de désespoir est primitif, alors qu'ici il est secondaire et tardif.

QUELQUES FORMES DE TIMIDITE

Le trac.

Le trac ressemble à la peur. Il en a toutes les manifestations extérieures; il donne de l'angoisse, de l'oppression, du tremblement, des palpitations; il atteint comme lui les centres supérieurs et donne de la confusion mentale et de l'amnésie. C'est une forme particulière de la timidité. Elle est due à la représentation par l'esprit du sujet de son apparence en public. Elle ne survient donc que par accès. C'est une réaction d'une intensité considérable, contre laquelle on ne peut rien. Hartenberg dit qu'elle survient comme le vertige se produit à la vue d'un précipice. C'est d'ailleurs sous cette forme que les individus atteints le représentent le plus volontiers.

Mais le trac cependant se modifie par l'habitude. Ce sentiment peut s'exagérer lorsqu'il se combine à la peur. Ici, le mécanisme mental entre en jeu, car la peur est due au souci de ne pas mener à bien une entreprise quelconque dont on attend un résultat favorable. Il y a autant de variétés de trac qu'il y a de professions. On peut ainsi décrire le trac des artistes, des conférenciers, des musiciens, des avocats, des candidats.

Il existe aussi une autre forme toute intellectuelle : c'est à elle que se rattache le trac par sympathie. Il survient chez un sujet au moment où une personne qui lui est chère subit une épreuve. C'est un sentiment très voisin de la honte par sympathie.

L'éreutophobie.

L'éreutophobie est une forme de phobie très fréquente. Pitres et Régis en ont fait une description très complète. Elle se manifeste par l'association de deux phénomènes : une rougeur de la face due à des troubles vaso-moteurs et le sentiment d'angoisse qui la précède et l'accompagne. Cette angoisse peut, d'ailleurs, faire défaut. C'est ainsi que Pitres et Régis décrivaient trois degrés : d'abord une éreutose simple, quand la rougeur se produit sans aucune modification consciente; ensuite, une éreutose émotive, quand la rougeur accompagne l'émotion, ainsi qu'il arrive chez les jeunes filles, qui rougissent quand on les regarde; enfin, l'éreutophobie proprement dite, quand la rougeur amène de l'angoisse. Le dernier degré semble n'être que le développement des précédents. L'angoisse peut précéder le phénomène, le sujet craignant de rougir et rougissant de ce fait.

Janet ne considère pas la réaction vaso-motrice du visage comme la cause de l'angoisse. L'association de ces deux phénomènes lui paraît accidentelle. La rougeur du visage est une occasion à propos de laquelle se développe une angoisse latente due à de toutes autres causes, en général plus anciennes.

On doit placer généralement le début à la puberté. C'est, en effet, à cette époque que s'opèrent dans l'organisme et dans le caractère des sujets des transformations très importantes. A l'occasion d'un petit incident ayant le plus souvent rapport à sa vie sexuelle, l'adolescent remarque plus particulièrement sa rougeur. A partir de ce moment se développera une appréhension si grande de son retour et des circonstances qui la provoquent qu'elles amèneront des crises d'angoisse et de rougeur, dont l'allure sera nettement pathologique. « La crise de rougeur est la même chez tous les malades. Presque toujours, elle survient naturellement au moment où ils la redoutent et où ils se disent : « Si j'allais » rougir », ou encore : « Je vais rougir. » Généralement, ils

la sentent venir. La rougeur est plus ou moins vive suivant les cas; elle va du rouge clair au rouge brun, sans que ces variations de nuances aient une influence quelconque sur l'état de l'esprit, et, à cet égard, on peut dire que l'intensité de l'obsession n'est nullement en rapport avec l'intensité de la rougeur. Parfois, on constate très nettement le pouls capillaire. L'étendue de la rougeur est également des plus variables. Le plus souvent elle est limitée à la joue et s'arrête au cou. Une sensation de chaleur très nette accompagne la rougeur. Une chaleur plus ou moins abondante et plus ou moins généralisée, parfois compliquée d'autres phénomènes de réactions émotives : besoin d'uriner, diarrhée subite, la suit d'habitude et marque dans ce cas la dernière période de la crise, qui ne se prolonge guère au-delà de quelques instants. Les sujets ressentent en même temps que de la confusion un sentiment de colère contre tout le monde et surtout contre eux. Il y a là un court moment où l'obsédé a de la peine à rester maître de lui. Quand la crise s'achève, la rougeur diminue rapidement et fait place parfois à de la pâleur. Les phénomènes concomitants se dissipent et le sujet reste partagé entre l'ennui d'avoir rougi si bêtement et la satisfaction de ne plus avoir à rougir de quelque temps. » (1).

Voici trois observations, la première publiée par Pitres et Régis, les deux autres dues à M. le Professeur Perrens et prises dans son service, qui montrent de la façon la plus significative les désordres et l'état mental des obsédés de la rougeur :

Observation I.

M... (R.), 21 ans, intelligent, instruit, bachelier ès lettres.

Antécédents héréditaires. — Peu de chose. L'aïeule maternelle a, jusqu'à l'âge de 50 ans, une facilité extrême à rougir.

---

(1) Pitres et Régis, *loc. cit.*

Antécédents personnels. — Tempérament nerveux, affaibli. Jusque vers l'âge de 14 ans, très bonne santé. A cette époque, fièvre typhoïde. L'année suivante, lithiase urinaire.

Historique. — Pour la première fois, le malade a eu conscience de cette facilité à rougir vers l'âge de 6 à 7 ans. Il se souvient qu'un jour, ayant rougi devant une personne étrangère, cette personne en fit la remarque. Et il se rappelle les paroles textuelles d'une domestique de sa famille qui était présente : « A la maison, c'est la même chose : la moindre chose qu'on lui dit le fait rougir. » Ces paroles le frappèrent, et depuis il se les est toujours rappelées. Jusqu'à l'âge de 12-13 ans, souvenirs confus. Jusqu'à cette époque, il n'a pas pris garde à cette affection; en outre, il espérait que cela passerait en grandissant. Or, c'est le contraire qui arriva. D'abord, il ne rougissait que quand on lui adressait la parole, et vice versa, ou quand on le regardait fixement durant un certain temps; puis, peu à peu, il prit l'habitude de rougir en voyant venir de loin quelqu'un de connaissance, en entrant dans un café, dans un théâtre, dans une salle quelconque où il y avait du monde. Bien plus, huit fois sur dix au moment d'entrer dans la chambre ou dans le cabinet de quelqu'un et alors qu'il ignorait si ce quelqu'un y était ou non, il sentait le sang lui monter à la tête. De même s'il était à parler avec quelqu'un et qu'une tierce personne arrivât, il se sentait rougir. Parfois même il lui arrivait de rougir simplement dans une rue sans que personne ne lui adressât la parole. Enfin, mais rarement, il rougissait étant seul.

Cet état peu commun a eu pour effet de déterminer chez lui une mélancolie effroyable et un pessimisme poussé au dernier degré. Il n'avait goût pour rien et était incapable de s'intéresser à n'importe quoi. La seule consolation était de lire Epictète, Schopenhauer, Hartmann, Léonardi, tous les auteurs qui conseillent d'opposer à la douleur qui est dans le monde la résignation, le silence et le mépris. Il concluait lui-même : Je rougis à tout propos et hors de tout propos, mais la rougeur n'est que l'effet. La cause, c'est la pensée, la crainte que j'ai, quand je me trouve en présence de quelqu'un, de rougir. Supprimez la pensée et la rougeur cessera.

Observation II.

B... (Jeanne), 29 ans, entre à la maison de santé de Château-Picon le 16 avril 1931 pour un accès de profonde dépression au cours duquel elle a fait une tentative de suicide extrêmement grave, en se jetant du troisième étage dans la cour de sa maison. Il en résulte une fracture de la colonne vertébrale, sans compression de la moelle, sans troubles de la marche ni des réflexes, et qui guérit parfaitement à la suite d'une greffe osseuse.

Aux symptômes strictement mélancoliques, tristesse, anxiété, idées d'indignité, idées d'incurabilité, s'ajoutent quelques tendances paranoïdes lui faisant croire par intermittence qu'on la regarde d'un air bizarre et que tout le monde est disposé à se moquer d'elle.

Très rapidement, les manifestations mélancoliques disparaissent. Jeanne B... devient plus gaie, plus active, plus confiante aussi, et, après toutes sortes de bonnes promesses, quitte le service en juin 1931.

Pendant le temps où elle avait été soumise à notre observation, nous nous étions rendu compte en l'interrogeant fréquemment que, depuis sa puberté, de la façon la plus nette, elle s'était comportée comme une psychasthénique, doutant d'elle-même, accueillant les obsessions les plus diverses, sensible à l'excès, craignant d'être incomprise, et de se trouver un jour dans l'impossibilité de gagner sa vie à cause d'une « tare » que, toute rougissante, elle refusait de nous indiquer.

La vie libre ne convenait pas sans doute à notre malade, puisqu'elle revint à la maison de santé le 28 novembre 1931, à la suite d'une nouvelle tentative de suicide par le gardénal. Elle nous apprit, et ses déclarations furent confirmées par ses parents, que, pendant les quelques mois de son séjour dans sa famille, elle était restée calfeutrée dans sa chambre, refusant de sortir, refusant de se montrer aux personnes qui venaient voir ses parents, demandant en grâce de ne pas prendre ses repas en commun, quittant même précipitamment la table où elle mangeait seule, si quelque étranger était susceptible de la surprendre.

A Château-Picon, elle nous pria de la laisser manger seule à une petite table, loin des autres malades, et cette permission lui ayant été accordée, elle en profita aussitôt pour s'installer de telle manière que personne ne pût voir son visage pendant qu'elle mangeait, et cela en se mettant dans un coin, le visage tourné contre le mur. C'est au cours de ce deuxième internement, qui dura jusqu'au 27 octobre 1935, que Jeanne B... nous fit connaître, sur nos pressantes sollicitations, la raison de son comportement général, de son inquiétude latente et de son protocole alimentaire.

Nous avions remarqué à maintes reprises qu'elle rougissait fréquemment et qu'elle s'exprimait plus difficilement, elle qui avait tant d'aisance dans la parole, lorsque, précisément, le rouge lui montait au visage. Elle avait parfaitement conscience de cette incommodité. Peu à peu, elle nous apprit que ce que nous considérions comme un petit accident transitoire et sans importance était, en réalité, le tourment de sa vie. Elle se rendait bien compte que sa rougeur intermittente n'avait en soi aucune signification fâcheuse, mais elle croyait savoir que cette rougeur était certainement interprétée par ceux qui en étaient les témoins comme le signe non douteux de certaines pensées érotiques. Elle croyait que, pour tout le monde, la rougeur qu'elle présentait marquait l'intensité de ses désirs vis-à-vis de la personne qui se trouvait alors en face d'elle. Il est de fait que la rougeur ne survenait pour ainsi dire jamais en présence de représentantes de son sexe, tandis qu'elle naissait subitement et se maintenait longtemps lorsque son interlocuteur était un homme. Jeanne B... nous affirma que, dans ces moments, elle ne se sentait elle-même envahie par aucune préoccupation amoureuse. Est-ce que, dans le passé, et à l'origine, quelques-unes de ces tendances se firent jour quand son visage s'empourprait, voilà ce qu'elle n'a jamais pu nous dire. Il n'en est pas moins vrai que, persuadée du bien-fondé de sa crainte, elle la résume par un seul mot : « hystérie », qu'elle croit venir tout naturellement à l'esprit de ceux qui la voient rougir. Et c'est ce mot qui l'obsède, qui s'impose à son esprit lorsqu'elle veut répondre; c'est ce mot qui gêne les associations d'idées et l'évocation de son souvenir; c'est ce mot qui augmente son angoisse et fait durer sa rougeur.

Voyant à Château-Picon les mêmes médecins, rassurée par eux, ayant la possibilité de se montrer fine, nuancée, instruite, maîtresse de son langage, qui est d'ailleurs parfait; telle, en un mot, qu'elle désire être, la vie s'écoule pour elle sans à-coups et très douce. Elle se sent alors le courage d'envisager l'avenir et le considérer avec plus de sécurité et même de lui sourire. Elle s'occupe beaucoup, multiplie les ouvrages manuels, les lectures et les lettres; tout va bien, et Jeanne B..., à qui on a procuré un emploi, nous quitte pleine d'espérance.

Nous avons appris, hélas ! que de pareilles dispositions n'ont pas duré, que notre malade n'a pu s'adapter au contact du réel social, et qu'elle continue à se confiner dans sa chambre, où elle travaille de son mieux.

Observation III.

S... (Marie) est une employée de banque âgée de 27 ans. Intelligente, instruite, très travailleuse, dont ses chefs font l'éloge. Elle aussi est obsédée par la rougeur subite de son visage, qu'elle perçoit très bien lorsqu'elle se trouve en présence d'un jeune homme, quel qu'il soit.

Ce trouble date d'un an environ. Voici dans quelles circonstances il s'est manifesté pour la première fois : dans le bureau de Marie S... travaillait un homme jeune, marié d'ailleurs, pour qui notre jeune fille se sentait de la sympathie, car il était aimable avec elle, documenté et de bon conseil. Un jour que Marie S... était venue lui montrer une pièce, il se fit que, sans le vouloir, elle frôla son épaule. Aussitôt elle se sentit rougir et pensa que le jeune homme pouvait interpréter ce frôlement involontaire comme une avance. Cette idée la révolta, la fit souffrir, mais l'importance de la réaction émotive qui en fut la conséquence immédiate ne fit que renforcer sa crainte. Comme notre précédente malade, elle crut que sa rougeur surprise était pour son compagnon de bureau la preuve d'un amour non pas spirituel, mais aussi sensuel, qu'elle dévoilait contre son gré. A partir de ce moment, elle ne put voir le jeune homme, ni surtout l'approcher,

sans rougir et sans qu'immédiatement la même interprétation s'imposât à son esprit. Bientôt, le phénomène, qui se produisait en présence de son seul compagnon de bureau, se reproduisait en face de bien d'autres. Elle crut, elle aussi, qu'on allait la prendre pour un hystérique, et que ce mot injurieux venait à la pensée de ceux qui la voyaient.

Notre enquête nous révéla que Marie S... avait vu naître sa phobie au cours d'une période de grande fatigue et de surmenage, que, depuis l'origine jusqu'au jour où elle est venue nous consulter, sa phobie, sans disparaître entièrement, avait subi de sérieuses accalmies, pour devenir plus tyrannique dans ces derniers temps.

Au moment de notre examen, elle était pâle, asthénique, très hypotendue, et présentait par surcroît les troubles digestifs que l'on trouve régulièrement chez les psychasthéniques dans les périodes de recrudescences anxieuses.

Un traitement de désintoxication et en même temps tonique, un mois de repos, un peu de psychothérapie, suffirent à améliorer considérablement l'état de la malade, puisqu'elle put désormais affronter les jeunes gens et même son camarade de bureau sans rougir. Elle se sentait, cependant, en sa présence, légèrement émue, ce qui n'avait rien de surprenant, puisque, dans le fond, elle l'aimait.

La timidité sexuelle.

L'instinct sexuel ne naît pas, comme on le croit communément, à la puberté. Il naît avec l'enfant. Il se révélera sous une forme purement animale et se combinera avec la satisfaction organique de son instinct de nutrition. Plus tard, cette sexualité s'extériorisera sous une forme très particulière. Les rapports de l'enfant et des parents joueront, en effet, un grand rôle. La sexualité du jeune garçon se matérialisera par un amour physique pour la mère. Plus tard, s'il est normal, il s'identifiera avec son père et se virilisera ainsi définitivement. Il peut, toutefois, rester au stade précédent si l'influence parentale est excessive. Il faut comprendre par là que son éducation a été entourée de trop de soins mater-

nels et qu'il a connu trop tard le contact de la vie. Ses sentiments seront ainsi très choqués et il ne pourra s'adapter. Nous pensons que c'est là l'une des causes les plus communes de la timidité dans l'amour. Cependant, il ne faut pas, comme on a trop tendance à le faire aujourd'hui, rapporter à cette cause unique la timidité sexuelle, il convient aussi de tenir compte de la délicatesse infinie des sentiments du timide. Il hésite, craignant d'effaroucher par la démonstration d'un instinct trop précis, alors qu'il est tout désorienté lui-même par cette tendance anormale.

Chez la femme, la timidité sexuelle est très voisine de la pudeur; peut-être ne faut-il pas faire une distinction entre ces deux sentiments, car elle est naturelle et bienséante.

Particularité curieuse, le timide, qui est un imaginatif délicat, a la passion des femmes et le goût de l'amour, et cette tendance exagère sa timidité. Il est, à la fois, dévoré de désirs et honteux de son manque de résolution et de confiance.

Cette crainte des femmes a chez certains timides une influence désastreuse. C'est à cette cause qu'il faut rapporter les pratiques de l'onanisme, qui est une sorte d'égotisme sexuel. L'excès de timidité pourra influencer l'acte sexuel et fera du timide un impuissant. Cette crainte peut même l'entraîner à certaines inversions sexuelles.

LE TRAITEMENT DE LA TIMIDITE

On ne doit jamais perdre de vue dans le traitement de la timidité que c'est un état psychopathique. Il se développe pendant toute la vie du sujet, surtout dans la première partie de son adolescence. Il faut, en premier lieu, arrêter le développement du mal, puis le faire complètement disparaître. Nous avons démontré que le timide porte avec lui, à sa naissance, les tendances de son état. Il semble donc évident qu'il est nécessaire de prévoir l'éclosion de ses troubles mentaux. Il faut donc ici, comme pour toute maladie, parler de prophylaxie. C'est elle qui donnera les résultats les plus efficaces.

Prophylaxie.

Cette prophylaxie doit tenir compte d'abord de l'hérédité. C'est un facteur très important. Les unions avec les familles qui contiennent des tarés : alcooliques, tuberculeux, névropathes, doivent être particulièrement redoutées. C'est parmi les individus congénitalement tarés qu'il y a les plus grands timides.

On devra empêcher le mariage entre deux jeunes gens qui présentent une même tendance à la timidité. Les unions consanguines, qui accentuent les caractères familiaux, doivent aussi être considérées comme dangereuses.

C'est pour le médecin une tâche délicate, difficile et souvent impossible. Ses conseils sont rarement suivis. Il est d'ailleurs curieux de considérer combien les timides se recherchent entre eux. La subtilité de leurs sentiments et de

leurs idées, leur douceur, leur absence de combativité, qui leur donne un caractère très souple, les rendent très sympathiques. Par un sentiment naturel, ils recherchent ceux qui leur ressemblent. Les conditions pour créer des enfants bien équilibrés et calmes seront donc bien sujettes à caution.

L'éducation de l'enfant tient une place très importante dans le développement de la timidité. On ne saurait attacher trop d'importance à ce facteur étiologique. Mieux vaut prévenir que guérir : une éducation bien conçue peut éviter des désastres. Le rôle du médecin est ici prépondérant. Il sera très facilement écouté des parents, car ceux-ci ne voudront pas voir leurs enfants éprouver les mêmes souffrances qu'ils ont eux-mêmes ressenties.

Il faut, en premier lieu, sauvegarder la volonté de l'enfant. Elle a une tendance à s'affaiblir et à s'annihiler sous le prétexte d'une règle trop stricte. Il faut, au contraire, la développer, la porter à son maximum d'intensité ou d'énergie. Il faut lui assigner une tâche, l'engager dans des voies déterminées et spéciales. On doit l'habituer à paraître en public, à payer de sa personne, à se mettre en contact avec la société. On doit combattre son émotivité par tous ces moyens. Il faut, en un mot, rechercher dans ces exercices le caractère social. Si l'enfant est toujours avec ses parents, il ne sent pas la nécessité de faire un effort, de tendre son activité mentale. Il se laisse aller à une certaine aboulie qui sera la source de l'émotivité.

Il faudra faire de lui un enfant physiquement fort. De bonnes pratiques hygiéniques, des exercices musculaires, respiratoires, pas de surmenage mental. Il pourra ainsi lutter avec succès contre son émotivité native.

Cette éducation aura son maximum d'efficacité si elle est pratiquée en dehors de la famille. En effet, les parents, timides eux-mêmes, élèvent mal leurs enfants. Inconsciemment, leur affection les pousse à tout leur pardonner et à tout excuser. Les résultats seront alors négatifs et peuvent même être contraires.

Traitement.

Le timide vient trouver le médecin avec une disposition d'esprit très particulière. Il croit avoir une maladie dont il est peut-être le seul au monde à souffrir. Il se méfie du médecin. En allant le trouver, il pense que sa thérapeutique ne sera pas effective. Il lui demandera seulement de calmer son système nerveux. Il faut donc que le médecin lui donne rapidement l'impression que sa maladie est parfaitement connue, qu'elle est même banale. Il faut qu'il le domine entièrement, qu'il obtienne de lui une confiance complète. Il doit lui assurer avec autorité que le traitement curatif qu'il lui donne aura des résultats certains.

Le traitement comprend deux parties : un traitement physique et un traitement moral. Ce dernier est de beaucoup le plus important. Il nécessite de la part du médecin beaucoup d'autorité, et, en même temps, beaucoup de tact, ainsi que la fine compréhension du malade.

Le côté physique du traitement a non seulement une influence matérielle mais aussi une influence psychique. D'abord, il meuble l'ordonnance prescrite, et, de ce fait, fait bien sentir au timide son état pathologique. C'est là un point qui nous apparaît très important. Il comprend, en premier lieu, de bonnes pratiques hygiéniques. Elles consistent en l'exécution quotidienne d'une gymnastique intelligemment comprise : on doit chercher à augmenter la force et la souplesse de ses muscles. La force musculaire a une influence directe sur la volonté. La pratique d'une hydrothérapie mesurée est également recommandée. Les exercices respiratoires sont ceux qui donnent les meilleurs résultats. Au point de vue alimentaire, on doit prescrire une nourriture saine et substantielle et défendre les aliments excitants et toxiques. Il faut s'attacher à combattre la constipation et à recommander aux malades de prendre à cet effet des habitudes régulières.

La médication sédative doit jouer un rôle secondaire. On pourra, s'il est possible, la supprimer complètement.

Surveiller l'être physique. — Beaucoup trop d'aliénistes et de neurologues s'en désintéressent, et cependant on ne peut jamais considérer une disposition affective ou mentale, se développant pour son propre compte, dans un organisme absolument indemne de toute tare. Comme nous l'avons vu, les manifestations d'une dépression généralisée accompagnent ordinairement les signes habituels de la timidité. Mais il faut prendre garde à un autre fait : c'est que la timidité ne se présente pas toujours avec la même intensité chez un même sujet; nos observations démontrent que c'est dans les périodes de plus grande fatigue, dans les périodes où, de toute évidence, l'organisme entier donne des signes de sa défaillance, que l'anxiété augmente. Et cet état de malaise, aussi physique que moral, permet à la timidité de se développer davantage. Insistons donc sur ce point, tâchons de rendre nos malades plus vigoureux, plus souples, efforçons-nous de leur donner plus d'amplitude respiratoire, ce qui leur permettra d'assurer une meilleure oxygénation de leurs tissus, ce qui les aidera à s'assurer une meilleure circulation, à brûler plus aisément leurs déchets organiques. Faisons-les revenir souvent pour constater leurs progrès, pour voir si les exercices que nous leur demandons peuvent être amplifiés, et cela sans danger — n'oublions pas, en effet, que quelques-uns d'entre eux peuvent être porteurs de tares tuberculeuses et qu'il convient de mesurer très strictement l'effort qu'ils peuvent donner. Si nous nous apercevons que les exercices élémentaires sont bien supportés, qu'ils tendent à provoquer cet état d'euphorie qui, d'une minute à l'autre quelquefois, est capable de changer leur régime affectif, très progressivement, avec beaucoup de précautions, on augmente la dose. C'est alors que la gymnastique suédoise, pratiquée tous les matins et quelques minutes avant de se coucher va intervenir. Avertissons nos malades que les séances devront être très courtes et ne pas excéder cinq

minutes; que, certains exercices ne devront d'abord être renouvelés que deux ou trois fois; nous faisons allusion ici, par exemple, à la double élévation des jambes, le corps étant étendu, ou, ce qui revient presque au même, pour un sujet étendu sur le sol, le redressement du tronc sans l'aide des mains. Ces différents exercices comportent un danger : ils créent très rapidement chez les malades une courbature si douloureuse que l'euphorie recherchée est remplacée par une angoisse renaissante, qui invite à ne pas persévérer dans ces pratiques, dont on tire, en apparence tout au moins, plus de désagrément que de bien. Si, au contraire, l'entraînement physique est régulier et progressif, et tel que chaque jour le malade ne dépense pas le surcroît de forces si péniblement acquises, à mesure que se développent les fonctions respiratoires et circulatoires, que la musculature s'affirme, que l'attitude se transforme, que les sujets portent avec plus d'assurance, leur timidité décroît. Les premières preuves qu'ils en ont leur donnent le désir d'expérimenter dans le milieu social leurs forces neuves, et, s'ils remportent quelque succès, toute leur vie intime profonde va se trouver transformée.

Est-il utile de dire qu'une médication appropriée viendra renforcer l'effet des exercices : sels de chaux, glycéro-phosphates, opocalcium, phytine, acide phosphorique, arsenic à doses modérées, ces médications rendront souvent les plus grands services. Nous croyons, pour notre part, qu'il ne faut jamais hésiter à prolonger l'usage.

*
* *

On parle souvent de psychothérapie. Nous avons grand peur que ceux qui en dissertent avec le plus d'éloquence ne sachent pas au juste de quelle manière il convient de l'appliquer et ignorent ses ressources. Les systèmes psychothérapiques sont nombreux. La plupart d'entre eux pêchent par un seul défaut mais grave : c'est qu'ils sont strictement stéréotypés, et que leurs auteurs, convaincus des bienfaits

de leur méthode, ont la prétention de l'appliquer avec une extrême rigueur. Il ne saurait y avoir une méthode; un médecin, digne de ce nom, doit utiliser des procédés variables, selon la qualité des troubles qu'il a à combattre, l'intelligence de son malade, sa culture, son milieu social, ses réactions affectives. Que M. Coué ait cru posséder la Méthode, cela s'expliquait par l'ignorance profonde où il était des différents problèmes de la physiologie normale et pathologique, par sa méconnaissance quasi totale de la psychologie. Un médecin ne saurait se limiter dans son dogmatisme puéril, sachant varier le procédé suivant les circonstances. Il n'en est pas moins vrai qu'on a le droit de donner à soi-même quelques directives. Puisque, et nous avons insisté là-dessus, la timidité provient d'un manque de confiance en soi, il est indispensable de donner au sujet une opinion meilleure, ajoutons même plus exacte de lui-même. Prions-le de s'examiner au triple point de vue : physique, intellectuel et affectif, en l'aidant dans ses efforts de justification, en l'aidant même tendancieusement pour insister davantage, c'est notre droit, sur ses qualités que sur ses défauts. Nous lui dirons : « Prenez une grande feuille de papier que vous diviserez en trois colonnes, celle de la vie physique, celle de la vie intellectuelle, celle de la vie morale. Partagez chacune des colonnes en deux autres : l'une réservée aux qualités, l'autre aux défauts. Revenez, dans une huitaine de jours, après avoir bien réfléchi et noté en quelques mots, sans phrases, sans littérature (le médecin doit se méfier de la littérature de ses clients), les qualités et les défauts que vous voulez bien vous reconnaître. Nous verrons ensemble ce qu'il faut en penser. » Et quand le malade revient, on examine son travail, on insiste avec la plus grande sincérité apparente sur les qualités qu'il se reconnaît, on interprète les défauts qu'il avoue. En sa compagnie, on compose peu à peu, par petites touches successives, son portrait véritable, que l'on va substituer à la caricature singulière que depuis son enfance il s'était habitué à dessiner de lui. On n'imagine

pas le bien que ressentent les timides quand on leur dit : « Voilà ce que vous avez cru être, voici ce que vous êtes en vérité. » Ils sortent de chez le médecin plus heureux, ressentant une sorte de joie profonde, que depuis des années peut-être ils n'avaient jamais éprouvée; disposés à lutter volontairement pour améliorer leur santé physique, rendre leur corps plus harmonieux, se donner un courage moral qu'ils se croyaient incapables d'acquérir.

Il y a cependant des mécomptes, des rechutes. Il faut reprendre son ouvrage, le modifier, le corriger, mais, enfin, il advient qu'on l'achève de la manière la plus heureuse, et cela, il faut bien le dire, en développant cet orgueil dont nous avons parlé, qui, paradoxalement, s'oppose chez les timides à leur absence de confiance.

Est-ce là tout notre travail ? Il est certain que, pour être timide, il faut des dispositions et que ces dispositions sont, en grande partie, dues à la psychasthénie et à l'émotivité constitutionnelle. Seulement, il est certain aussi que le premier accès de timidité conscient, celui qui laisse des souvenirs si pénibles dans l'esprit du sujet, le grand désarroi moral qu'accompagne tant de manifestations physiques, ce premier accès est en rapport avec un événement qu'il s'agit de déterminer. Ne soyons pas trop systématisés, ne nous mettons pas des œillères pour nous dispenser de considérer de trop larges horizons et nous obliger de ne voir qu'un côté de la question, celui que, depuis Freud, on voudrait nous faire considérer comme le seul intéressant. Il est des cas, et nombreux, où les accidents sexuels ne semblent avoir aucune part dans l'accès primitif; déterminons les circonstances qui ont présidé à son éclosion; indiquons que ces circonstances étaient telles que tout autre que le malade aurait réagi de la même façon, que ce qu'il prend pour le signe d'une nature anormale est, en réalité, une manifestation humaine dont nul n'aurait pu éviter les effets. S'il a persisté dans son attitude émotive, c'est qu'il s'est trompé sur la nature d'un phénomène que tout le monde aurait pu constater à sa place.

Mais, fréquemment, et nos observations en sont la preuve, l'accès de timidité naît à la faveur d'une sorte d'association psycho-sexuelle, et cette association étant créée tend à se reproduire sous sa forme initiale. Analysons les éléments du complexe, là encore il nous sera facile de démontrer que l'anormal n'est pas dans sa création spontanée mais dans l'attitude anxieuse et douloureuse que prend le sujet vis-à-vis d'elle.

Par la nature des idées sexuelles, qui peuvent venir à son esprit, démontrons-lui qu'il entre dans la franche communauté des humains, et prouvons-lui aussi qu'il s'éloigne des habitudes de cette communauté par l'importance démesurée qu'il attache à certaines imaginations, et surtout par sa manière de les considérer comme des anomalies ou des tares. Il se produira ce fait : le malade, rassuré sur les imaginations qui le tourmentaient et qui l'invitaient à porter sur lui un jugement pessimiste, pensera désormais beaucoup moins à elles. En enlevant à ces imaginations une partie, tout au moins de leur élément affectif, de la douleur morale qui les accompagnait, on les prive de leur force et de leur pouvoir d'action.

Ainsi, avec un peu de méthode, de l'attention, de la prudence, de la sympathie, on rend à ces malades des services immenses. On les conduit à une vie sociale mieux comprise. C'est alors qu'ils pourront montrer ce qu'ils sont, en réalité, et donner leur plein rendement.

CONCLUSIONS

La timidité est un véritable état pathologique. Son fond est fait de psychasthénie.

Dans ses diverses formes, on trouve toujours cette même origine. Quelquefois, cependant, le fond psychasthénique est très discret; on peut alors parler d'une constitution émotive.

Ainsi considérée, la timidité doit être traitée médicalement. Le traitement approprié doit donner de rapides améliorations et même une parfaite guérison. Cette guérison sera facile à réaliser sur un sujet jeune, sur celui qui n'aura pas pris depuis longtemps l'habitude de son mal.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président.
Ch. PERRENS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Adam (Paul). — Les images sentimentales. Paris, Ollendorff, 1893.

Banham-Bridges (Katharine M.). — L'âge et les émotions. Union médicale du Canada, n° 8, août 1934.

Baüer (Henri). — *Le Journal*, 23 mars 1899.

Bellet (Marcel). — Moyens de défense et psychothérapie dans les obsessions. Thèse Bordeaux, 1898.

Benon (R.). — Emotions sensibilisatrices. Obsédance et délire. *Journ. des prat.*, n° 27, 6 juill. 1929.

— Le facteur émotionnel en général. *Concours médical*, 9 déc. 1929.

Betchterew. — Ereutophobie.

Binet et Courtier. — Influence de la vie émotionnelle sur le cœur, la respiration et la circulation capillaire. Paris, Scheicher, 1897.

Chervin. — Des phobies verbales. Sociétés d'études scientifiques, Paris, 1895.

Claparède. — Genèse de l'idée obsédante.

Collolian. — L'émotivité. *Guérir*, août 1932.

— La timidité est guérissable. *Guérir*, juin 1932.

Combe. — L'émotion, facteur de terrain, sa valeur pathogène et curative. *Bulletin médical*, 5 sept. 1931.

Dancenis (Félix). — L'émotivité, l'anxiété et l'angoisse. Quelques précisions à leur sujet. *Progrès médical*, n° 3, 5 août 1933, p. 1385.

Darwin. — Expression des émotions. Reinwald, Paris, 1895.

Derecq. — Le rôle des endocrines dans la pathologie des émotions. *Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée*, n°s 11 et 12, nov.-déc. 1933.

Dugas. — Timidité. Alcan, 1898.

— Problème de l'éducation. 2e éd., Paris, Alcan, 1911, 45665.

Dumas. — Les réactions émotionnelles de la peau: La chair de poule. *Vie médicale*, n° 18, 25 sept. 1929, p. 945.

— Timidité. Traité de psychologie. Alcan, Paris.

Dumas et Mallaizel. — De l'expression polyglandulaire des émotions. Soc. psychol., 3 déc. 1909.

Dupré. — La constitution émotive. *Paris médical*, 7 oct. 1911.

Dupuis. — Les stigmates fondamentaux de la timidité. *Revue philosophique*, 1915, p. 332.

Elo. — Les émotions et leur fondement matériel. *Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée*, n° 10, oct. 1931.

Etchegaray (José). — Timidité en général.

Féré. — Pathologie des émotions. Alcan, Paris.

Flandin. — Les réactions cutanées d'origine émotive. Société médicale des hôpitaux, 1927, p. 1264.

— Les réactions cutanées d'origine émotive. *Sciences médicales*, 1926, p. 252.

Fleury (M. de). — Angoisse humaine.

Fourcade. — La constitution émotive. Paris, 1911.

Francotte (Xavier). — Discours sur la timidité et sur l'état d'intimidation.

Giraud-Costa (E.). — Essai sur la valeur psychologique des palpitations (émotion). *Revue médicale française*, 13 avril 1932.

Guillaume. — Vagotomie. Sympathicotomie. Neurotomie. Masson, 1925.

Hallon. — Rapports sur les problèmes physiologiques concernant l'émotion. Société neurologique et de psychiatrie, déc. 1909.

Hartenberg (P.). — Les formes pathologiques de la rougeur émotive. Section de psychiatrie, Paris, 1900.

— Les timides et la timidité. Alcan, 1910.

— Psychologie des neurasthéniques. Alcan, 1908.

— La névrose d'angoisse. *Revue de médecine*, n^{os} 6, 7, 8, 1901.

— La peur et le mécanisme des émotions. *Revue philosophique*, août 1889.

— La détresse des psychasthéniques. *Journal de psychologie*, mars-avril 1905.

Hartenberg et Valentin. — La rééducation suggestive de la volonté. Congrès des aliénistes, Toulouse, 1897.

Hesnard. — La psychanalyse. Stock, 1924.

Hesnard et Régis. — La psycho-analyse des névroses et des psychoses. Alcan, 1921.

Janet. — Automatisme psychologique. Alcan.

— Les obsessions et la psychasthénie.

Jankowska (H.). — Contribution à l'étude des modifications biochimiques au cours des émotions. *Encéphale*, 26; 204-218, mars 1931.

Joltrain (Ed.). — Déséquilibres humoraux et dermatoses par choc émotif. *Bruxelles médical*, n° 35, 2 juill. 1932.

— L'émotion facteur de déséquilibre humoral et de dermatoses. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, nov. 1932.

— L'émotion, facteur de déséquilibre humoral. *L'infirmière française*, n° 10, oct. 1933.

Lacroix (A.-J.). — Contribution à l'étude des phénomènes physiologiques concomitants de l'émotion. Thèse Paris, L. Arnette, 1931.

Laignel-Lavastine et G. d'Heucqueville. — Un nouveau test clinique simple d'émotion applicable à l'examen des prévenus. Le pH urinaire différentiel. *Ann. de méd. lég.*, 12; 34-42, janv. 1932.

— Les champs de sensibilité des méthodes galvanométriques et acidimétriques dans l'exploration de l'émotivité, *Ann. de méd. lég.*, 13; 152-159, mars 1933.

Lapie (P.). — Logique de la volonté.

Lumière. — Le facteur émotif.

Margarot (J.). — Les émotions et la chevelure. *Gazette des accouchements de Montpellier*, 1er juill. 1931.

Moreau-Bérillon (Mme). — Rôle de l'émotivité dans les examens. *Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée*, févr. 1932.

Mosso. — La peur, Paris, Félix Alcan.

Neuberger. — Physiopathologie de l'émotivité. Etat actuel de la question. *Biologie médicale*, juill.-août 1932.

— Séméiologie et traitement de l'émotivité morbide.

Papastraticakis. — Syndromes émotifs et syndromes extra-pyramidaux. *Grèce médicale*, nov.-déc. 1927.

Pitres et Régis. — Obsession de la rougeur. Congrès des aliénistes et neurologistes, Nancy, 1896.

— Séméiologie des obsessions et idées fixes. Rapport au Congrès de Moscou, 1897.

— Les obsessions et les impulsions.

Preyer. — L'âme de l'enfant. Paris, Alcan.

Ribot. — Psychologie des sentiments. Paris, Alcan, 1897.

Robin (Gilbert). — Sur quelques types d'émotifs. *Concours médical*, n° 7, févr. 1935.

Saussure (R. de). — Apprendre et sentir, ou les relations de la vie intellectuelle et de la vie affective. *Revue française de psychanalyse*, 5; 208-219, 1932.

Sautarel. — Contribution à l'étude des obsessions-inhibitions Thèse Bordeaux, 1898.

Soury. — Système nerveux central. Paris, Carré, 1899.

Terrin. — Les compensations idéo-affectives. Thèse Paris, 1926, Jouve, édit.

Tomesco. — Etude des modifications pléthysmographiques sous l'influence des états émotifs. Soc. méd. des hôp. de Bucarest, 14 déc. 1928.

Vaschide et Marchand. — Contribution à l'étude de la psycho-physiologie des émotions, à propos d'un cas d'éreutophobie. *Revue de psychiatrie*, juill. 1900.

Viard (M.). — Emotions et désirs. *Revue de psychologie et physiothérapie appliquée*, janv.-févr. 1934, n° 1.

Vinchon. — Syndromes dépressifs. *Médecine*, oct. 1930.

Weiss. — Rôle du choc émotif dans les processus d'exosérose. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, Réunion dermat., 40, 7-8, janv. 1933.

BIBLIOGRAPHIE ETRANGERE

Adolph (W. J.). — Emotional glycosuria in chinese students, *Chinese J. physiol.*, 7, 1-4-15 mars 1933.

Alexander (F.). — Significance of emotional attitudes in psychoanalytical situation. *Am. J. orthopsychiatr.*, 3, 35-43, janv. 1933; *Internat. J. psychoanalysis*, 14, 183-192, avril 1933.

Alkan. — Gernüt serrungen als Ursache anatomischer organveranderungen. *Fortschrift. Med.*, 51, 293-301, 10 avril 1933.

Andueza (J. L.). — La emotividad en la sida y en el arte. *Ann. de l'Université de Chile*, 8, 1753-1798, 1930.

Britton (S. W.), Hinson et Hall (W. H.). — Neural and hormonal inflluences on bodily aeturty, differential factors controlling, heart rate during emotional excitement. *Am. J. Physiol.*, juin 1930.

Cannon (W. B.). — Some modern extensions of Beaumont's studies on Alexis, St-Martib, digestive distrurbances produced, by pain and emotional excitement, Beaumont lecture. *J. Michigan. M. Soc.*, 32, mai 1933, 307-316.

Day (H. B.). — Emotional causes of somatic diseases. *Tr. Roy. Trop. Med. Hyg.*, 28, 425-430, janv. 1935.

Delgado (H.). — La experiencia penosa respecto del sexo opuest en la genesis del delito pasional. *Revue de criminol. psiquiatr. y med. leg.*, 21, 89-111, mars-avril 1934.

Dobreff (M.). — Experimenteller Beitrag über affektibe Beeinflusung, der Gallenausscheidung. *Zeit. chrift. f. d. ges. expr. med.*, 87, 1933.

Durgin (D. D.). — Personality and emotional factors in reactive negativism. *M. Times et Long Island*, 62, 374-376, déc. 1934.

Eyre (M. B.). — Role of emotion in tuberculosis. *Tuber.*, 27, 315-329, avril 1933; *Tuber.*, 14, 300-311, avril 1933.

French (T. M.). — Emotional reaction to external events. *Hygi.*, 11, 221, mars 1933.

Fried (R. S.). — Training children in emotional control and expenditure of energy. *Proc. Amer. Study of Fublemin. ded.*, 55, 118-126, 1931.

Goodenogh (F. L.) et Tinker (M. A.). — Relative potency of facial expression and verbal description of stimulus in judgement of emotion. *J. comp. Psychol.*, 12, 365-370, déc. 1931.

Horsley (F. M.). — Emotions and character as related, to art in medicine. *Virginia M. Montly*, 58, 525-526, nov. 1931.

Laurnagaray (J. M.). — El pH urinario como test emotivo. *Rev. Asoc. med. Argentina*, 48, nov. 1934.

Lluesnia-Uranga (L.). — Factores psicovegetations en el pronostico quirurgico. *Cron. Med. Valencia*, 38, 15 avril 1934.

Miller (E.). — Emotional factors in intellectual retardation. *J. Ment. Sc.*, 79, oct. 1933, 614-625.

Mouchet (Enrique). — El mecanismo de la emoción. *La Prensa medica argentina*, 20 févr. 1930, n° 26.

Perry (J. S.). — Emotions as functional factors in etiology and prognosis of disease. *M. Rec.*, 139, 20 juin 1934.

Pratt (J. H.). — Influence of emotions in causation and cure of psychoneuroses. *Internat. chirurg.*, 4 déc. 1934.

Sassone (N.). — Disendocrina e miocardia emotive in gravidanza. *Terapia*, 22, avril 1932.

Stefanelli (C.). — Assenza congenita della cisti fellea ed ittero ex emotione. *Policlinico seg. chirurg.*, 41, sept. 1934.

Weiss. — Emotional life — its relation to chronic illness, *Hygi.*, 11, juin 1933.

Whitehorn (J. C.). — Emotion as impulsion and instinct, as orientation. *J. Psychiatr.*, 11, mai 1932.

Wittkowen (E.), Scheringer (W.) et Bay (E.). — Uber affektiv-Somatische Veranderungen, in affektiven Beeinflussbarkeit des Blutjodspiegels, *Klinisches Wochenschrift*, 11, juill. 1932.

Woodyatt. — Psychic and emotional factors in general, diagnosis, and treatment. *The journ. of the amer. med. assoc.*, 24 sept. 1927.

Zaldo-Suescum (J.). — El firo y la emoción en patologia. *Clin. y lav.*, 24, mai 1934, 401-408.

19.715. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.